

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Jean TORLET

né le 16 janvier 1913, aux Bordes (Loiret)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux de Seine-et-Oise

À propos d'un cas
de
tétanos d'origine utérine

(Discussion thérapeutique)

Président : H. MONDOR, Professeur

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°.....

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Jean TORLET

né le 16 janvier 1913, aux Bordes (Loiret)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux de Seine-et-Oise

A propos d'un cas
de
tétanos d'origine utérine

(Discussion thérapeutique)

Président : H. MONDOR, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

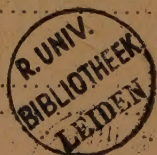
2, rue Casimir-Delavigne, Paris (VI^e)

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANGON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE
	SANNIÉ.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER ..	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD ...	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.
DELARUE ...	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.).	Physique.
DESOILLE ...	Médecine légale.
DIGONNET ..	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE.....	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BREN- TANO.....	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD ...	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS ...	Anatomie pathologique.
N.....	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.

MM.	
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENÈGRE	Pathologie médicale.
M ^{lle} J. LÉVY..	Pharmacologie.
MARCHAL ...	Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ..	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAIL- LIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.



III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
RUSOQUET ..	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-ROYER.	Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN....	Anatomie pathologique.

MM.	
	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU-	
LEMAIRE ..	Parasitologie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.		BASSET.	
BRULÉ.		BROCQ.	
CATHALA.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
DONZELOT.		D'ALAINES.	Clinique chirurgicale.
DUVOIR.	Clinique médicale.	FEY.	
GASTINEL		LEVEUF.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
MOREAU		MOURE.	
LIAN.		QUÉNU.	
SÉZARY.			
MM.			
ECALLE.			
ME TZGER.			Clinique obstétricale.
PORTES.			
VIGNES.			

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
N.....	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MES PARENTS

A qui je dois tout.

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. MONDOR

Professeur de Pathologie Chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Paris

*Qui nous fait le très grand honneur de pré-
sider cette thèse.*

*En témoignage de notre profond respect et
de notre gratitude.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

STAGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. ACHARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET
MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. AUBERTIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MOURE

EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR M. BOPPE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. LENORMANT
MONSIEUR LE DOCTEUR CL. GAUTIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LEMIERRE
MONSIEUR LE DOCTEUR A. LAPORTE
MONSIEUR LE DOCTEUR P. JACOB

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. COURTOIS

Accoucheur de l'Hôpital

MESSIEURS LES DOCTEURS BERTRAND,
BONNEMAISON, BRUEL, LAMY, TIMSIT

Médecins de l'Hôpital

MESSIEURS LES DOCTEURS LAMARE ET LARGET

Chirurgiens de l'Hôpital

MESSIEURS LES DOCTEURS CHABAUD, CHRISTOPHE,
HUC, JARRY, MAX LEVY, RENARD, WALLON

Spécialistes de l'Hôpital

MONSIEUR R. LECOQ

Chef du Laboratoire de l'Hôpital

*En remerciement du précieux enseignement
qu'ils m'ont prodigué.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT

GÉNÉRALITÉS

L'effroyable développement de l'avortement criminel depuis le début de ce siècle a donné lieu à de nombreuses observations de tétanos d'origine utérine, le plus fréquent par son étiologie, des tétanos splanchniques chez la femme.

En effet, le tétanos post-partum est devenu une rareté depuis l'ère de l'asepsie.

Consécutif, soit à une lésion vulvaire, à une déchirure du périnée, il ne diffère en rien du tétanos chirurgical par son étiologie, et il s'agit alors d'un tétanos ordinaire, — soit à une plaie utérine qui provoque un tétanos splanchnique analogue au tétanos provoqué par une blessure de l'utérus au cours de manœuvres abortives.

Une observation recueillie à l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye dans le service du docteur BONNEMAISON, nous apparut devoir être rapportée et comparée à plusieurs cas publiés au cours de ces dernières années, tant la symptomatologie en est bien particulière et tant la question thérapeutique apparaît aussi difficile que capitale.

OBSERVATION

Une femme de 37 ans, mère de deux enfants, entre à l'hôpital de Saint-Germain le 28 décembre 1937 pour trismus apparu le matin même.

Sa température est de 38° 5.

En l'examinant, on constate que ce sont là les seuls signes cliniques évidents :

Il n'y a pas de raideur de la nuque, des membres, du tronc.

La malade présente deux bulles d'herpès, l'une située au septum nasal, l'autre à la lèvre supérieure, que nous pourrions un instant considérer comme une porte d'entrée du bacille de Nicolaïer.

Mais poursuivant notre examen, on apprend que depuis deux jours, à la suite de quelques douleurs utérines, elle a perdu du sang et quelques caillots. On fait un toucher vaginal qui montre un col utérin ramolli et entr'ouvert. Cependant, la malade nie toute tentative abortive.

Enfin, elle n'a encore présenté aucune crise paroxystique.

Elle reçoit immédiatement :

50 cc. de sérum antitétanique intramusculaire;

20 gouttes de coramine;

une injection d'une ampoule de Sédol.

Le 29 décembre au matin, le tableau clinique reste inchangé :

— il n'y a pas d'extension des contractures;

— il n'y a pas de crises paroxystiques;

— la température est tombée à 37° 5, le pouls est à 90.

Après bien des réticences, la malade avoue enfin une tentative criminelle faite trois jours auparavant, avec une canule enfoncée profondément, sans injection de liquide.

Nous apprenons également qu'elle est la femme d'un champignoniste et qu'elle manipule quotidiennement terreau et fumier.

On lui fait alors immédiatement une anesthésie générale au chloroforme pendant 20 minutes, et durant l'anesthésie, on lui injecte :

— une ampoule de Prontosil;

— 60 cc. de sérum antitétanique intramusculaire;

— 20 cc. — — — intraveineux;

— 20 cc. — — — intrarachidien;

— 2 gr. d'hyposulfite de soude intraveineux.

Enfin, à midi, on décide de pratiquer un curettage, l'hystérectomie envisagée nous ayant été formellement refusée.

On retire alors des débris placentaires normaux, ne présentant macroscopiquement aucune altération, et

on fait une injection de Dakin à l'aide d'une sonde à double courant.

L'intervention est terminée à 13 heures.

A 16 heures, la température est de 37° 4.

A 21 heures, la tétanique présente une première crise paroxystique pharyngo-laryngée. On lui fait immédiatement une anesthésie générale au chloroforme durant une demi-heure.

Le 30 décembre, à 4 heures : deuxième crise. On anesthésie de nouveau la malade.

à 8 heures : température 38° 7, pouls: 120;

à 10 — : troisième crise : anesthésie;

à 11 — : quatrième crise: anesthésie;

à 12 — : la température est à 39°, puis les crises paroxystiques vont aller en se rapprochant.

On les observe à 12 heures,

13 —

14 —

14 — 45

15 — 15 (anesthésie prolong.)

à 16 heures, la température est de 39° 9.

Depuis le début des crises, la malade est très hydrophobe. Enfin, avant les crises, elle se plaint d'une sensation salée, très amère, dans la bouche.

A partir de 18 h. 30, les crises paroxystiques vont devenir subintrantes, l'état asphyxique presque continu, et malgré l'administration répétée de chloroforme, la malade succombe le 31 décembre, à 6 h. 45.

D'emblée, nous insisterons sur le fait que la malade

n'a pas fait le moindre incident paroxystique pendant les premières heures de l'hospitalisation.

L'état général, à l'entrée, n'était pas des plus alarmants.

La première crise est apparue neuf heures après le curettage, et les suivantes se sont sans cesse rapprochées, ne cédant que difficilement à l'action de l'anesthésie générale.

Ne peut-on pas penser que ce curettage a précipité les événements ?

ÉLÉMENTS DE COMPARAISON

Une observation d'André Sicard est assez superposable à la nôtre, quoique d'évolution favorable.

« Une femme entre dans le service du docteur DESCOMPS pour fausse-couche. Le lendemain, elle signale une sensation poivrée sur la langue et une très légère gêne à l'ouverture de la bouche. La température est de 37°4, le pouls à 80. Elle est curettée immédiatement. Le soir même, elle fait les premiers spasmes laryngés. Les crises paroxystiques vont durer huit jours, allant en s'atténuant, et elle sort, guérie, le vingt-et-unième jour. »

La malade d'AUVRAY et FRANTZ entre à l'hôpital pour fausse-couche. Six jours après son admission, les premières manifestations d'un tétanos apparaissent. Un curettage est aussitôt pratiqué : intervention précoce par rapport au début des accidents, tardive par rapport à la date de la fausse-couche.

Malgré un traitement médical intensif, l'état s'aggrave et elle meurt à la fin du troisième jour.

Le professeur MONDOR rapporte l'histoire d'une femme entrée dans son service trois jours après un avortement : elle a du trismus, de la raideur de la nuque, un opisthotonos et, en outre, des vomissements incessants. Dans les heures qui suivent un curage digital — manœuvre moins traumatisante qu'un curettage — apparaissent des crises cloniques qui vont se rapprochant. Devant l'aggravation des symptômes, une hystérectomie vaginale est pratiquée. La malade meurt le lendemain.

SEPET et SARDOU, cités par MONDOR, perdent en deux jours leur malade curettée.

Ce qu'il y a de plus frappant dans ces trois observations (celle de MONDOR, celle d'André SICARD et la nôtre) c'est l'apparition de crises cloniques après curettage ou curage, alors qu'il n'y en avait pas eu encore. Dans notre cas, la montée constante de la température, passant de $37^{\circ} 4$ à 40° en 24 heures, est des plus caractéristiques.

Le tétanos de la malade de PAUCOT, cautérisée au caustique de Filhos pour métrite ancienne, commence le jour même de la chute de l'escharre, dix jours après la cautérisation initiale. Elle mourra en six jours, malgré une amputation du col.

L'opinion de LECÈNE sur le curettage, en général, est catégorique :

« Je crois, écrit-il, qu'il n'y a pas de plus mauvaise opération que le « curettage » proprement dit, dans le cas d'hémorragies (et aussi d'infections) consécutives à l'avortement ou à l'accouchement, et que l'on ne

saurait trop mettre en garde les médecins contre cette manœuvre inutile et dangereuse, que son inocuité apparente semble autoriser malheureusement encore trop souvent. »

En effet, le curettage risque — immédiatement — de diffuser l'infection. Il traumatise l'endomètre, et les accoucheurs en connaissent les conséquences tardives, conséquences funestes tant du point de vue du devenir d'une insémination future, que de l'avenir de la grossesse si elle se produit.

Du point de vue de l'infection tétanique, ne savons-nous pas que le tétanos se déclare sûrement quand les spores sont portées en tissu mortifié? Ne savons-nous pas que les fibres nerveuses de la muqueuse utérine se terminent les unes sur les glandes, les autres dans l'épithélium, et qu'il faut une dose cinq ou six fois moindre pour produire le tétanos par inoculation directe dans les nerfs que par l'inoculation intra-veineuse (qui d'ailleurs se trouve elle-même favorisée par le curettage ? VAILLARD et VINCENT n'ont-ils pas montré que les cultures et les toxines tétaniques portées dans l'intestin produisent le tétanos à tout coup pourvu que l'anse intéressée ait été liée et la muqueuse traumatisée? N'y a-t-il pas d'analogie histologique entre les rameaux terminaux du plexus de Meissner et les filets muqueux de l'utérus, cavité par ailleurs presque close ?

DISCUSSION THÉRAPEUTIQUE

L'hystérectomie d'emblée et précocité, essayant d'enlever toutes les lésions, nous semblerait, à première vue, plus satisfaisante, en réduisant le traumatisme opératoire au minimum, soit que l'on emprunte — comme le conseille le professeur J.-L. FAURE — la voie vaginale, soit que, par voie abdominale, on sectionne, comme le recommande le professeur LERICHE, les pédicules, après novocaïnisation et sans forcipressure préalable, comme le font couramment nos maîtres LARGET et LAMARE.

Les résultats les plus récents ne sont pas plus encourageants que ceux des statistiques précédentes (VINAY, SEPET, AUVRAY et FRANTZ). André SICARD a perdu une malade hystérectomisée, WARENBOURG et DRIESSENS également. La tétanique de MONDOR, hystérectomisée après un curage antécédent, est morte.

Tous ces cas arrivèrent tardivement, il est vrai, à leur destination chirurgicale. Le bienfait d'une intervention précoce ne saurait être, dans la quasi totalité des cas, que théorique, la malade assaillie de craintes et de remords n'appelant que tardivement au secours.

Deux cas récents ne reçurent pas de sanction chirurgicale : celui de Robert WORMS et celui d'André ROSSI : une des deux malades survécut.

L'observation de WORMS, citée par MONDOR, concerne une femme qui commença son tétanos quinze jours après manœuvres intra-utérines. Malgré la précocité de la sérothérapie et de la chloroformisation, elle fut emportée en trois jours, mais il faut noter avec attention que le col était fermé.

La malade de ROSSI, une négresse (il paraît que les noirs sont très sensibles au tétanos) entre à la maternité de Dakar quatre jours après son accouchement, avec son enfant atteint de tétanos ombilical; il meurt trois jours après.

Six jours après l'accouchement, la mère est atteinte d'emblée de dysphagie, trismus, rire sardonique, dyspnée, hyperextension cervicale et lombaire. Une sérothérapie intensive par le sérum purifié de l'Institut Pasteur à 10.000 unités la conduit à la guérison et elle quitte le service au bout de 32 jours, ayant perdu des lochiés pendant les 15 premiers jours de sa maladie.

La fermeture du col de la première de ces deux malades, opposée à la régression utérine lente de la deuxième, est-elle dépourvue de valeur ? Nous ne le pensons pas et Lecène, avec son immense expérience, insistait sur la valeur du drainage dans toutes les infections utérines.

L'abstention opératoire — jointe à la sérothérapie et à la chloroformisation — a donné à MONDOR, dans un cas non gynécologique, un succès qu'il cite dans son livre : « Les avortements mortels ». Nous-même avons eu récemment la même satisfaction, et nous connaissons des cas analogues que nous publierons un jour. N'est-il pas logique de penser que l'abstention est de mise quand il s'agit d'un organe aussi richement innervé et vascularisé que l'utérus ?

CONCLUSIONS

De l'ensemble de ces observations et des conclusions statistiques anciennes, nous retirons l'impression que nous n'avons encore rien changé au pronostic du tétanos utérin.

Du point de vue clinique, nous retiendrons trois faits essentiels :

— la courte durée d'incubation observée dans la majorité des cas;

— la rareté des formes généralisées d'emblée et — en l'absence de toute intervention — opposée à l'extension rapide des contractures à la suite d'interventions;

— la fréquence des spasmes laryngo-pharyngés.

Au cours des années, les thérapeutiques sont devenues plus interventionnistes sans pour cela améliorer considérablement les résultats.

L'armement antitétanique s'est complété : sérothérapie, méthode de Dufour et ses dérivés, enfin vaccination.

Il nous semble que, devant les progrès médicaux et biologiques, la chirurgie doit céder le pas.

Nous avons la sincère impression, si nous rencontrons un cas analogue à celui que nous exposons au début de ces notes, que nous ne serions pas critiquable :

1° En faisant une sérothérapie massive par le sérum curatif.

2° En administrant des sédatifs nerveux et en répétant les anesthésies.

3° En vérifiant l'ouverture du col. En y plaçant, s'il est fermé, une laminaire ou mieux, un faisceau de petites laminaires.

4° En enlevant éventuellement au doigt, sans traumatisme, les débris qui pourraient rester dans l'utérus, évitant toute lésion par l'ongle de l'endomètre, préférant les laisser en place que de blesser la muqueuse.

5° En laissant à demeure, dans l'orifice cervical, sans faire d'injection, un drain de Chalochet, en place des laminaires enlevées.

6° En infiltrant à la novocaïne les deux ligaments larges.

Si, dans un cas cliniquement bénin, nous avons la certitude absolue de la précocité de l'appel au chirurgien, peut-être ferions-nous une hystérectomie.

En tous cas nous pensons fermement — après l'analyse des observations de femmes curettées — devoir nous abstenir à l'avenir d'une telle manière de faire.

Vu : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de Thèse,*

H. MONDOR.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY et FRANTZ. — Le tétanos utérin d'origine puerpérale (*Gazette des Hôpitaux*, n° 58, 21 juillet 1926).
- FAURE (J.-L.). — Hystérectomie vaginale dans l'infection post-abortive (*La Médecine*, avril 1936).
- LAPAUZE. — *Thèse de Bordeaux*, 1919.
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, t, III. Masson, éditeur, 1926.
- MONDOR. — Les avortements mortels. Masson, 1936, pages 406 à 419.
- PAUCOT. — Un cas de tétanos au cours d'un traitement de métrite du col (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, février 1937).
- ROSSI (André). — Tétanos simultané chez une accouchée et son nouveau-né. Guérison de la mère (*Le Monde Médical*, 15 janvier 1936).

SÉGUY. — Stérilité et curettage (*La Médecine*, avril 1936).

SICARD (André). — Le tétanos d'origine utérine (*Bulletin Médical*, n° 52, 24 décembre 1932).

WAREMBOURG (Henri) et DRIESSENS (Jules). — Hyperpolypeptidémie au cours du tétanos (*Presse Médicale*, n° 83, 16 octobre 1935).

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE ARNETTE
